**CÂU HỎI TRƯỚC KHI VÀO KHÁM**

**Do Đại dịch COVID-19 đang diễn ra, tất cả những người chăm sóc / bệnh nhân được yêu cầu phải hoàn thành mẫu đơn này trước khi được khám tại Prima Health Clinic. Chuyến thăm của bạn có thể được chấp thuận sau khi hoàn thành mẫu này. Có hiệu lực ngay lập tức, chỉ có 1 người chăm sóc được đi cùng với bệnh nhân, những trẻ em không được xem là bệnh nhân cũng bị hạn chế. Những quy tắc này đang được thực thi để giữ cho bệnh nhân và nhân viên của chúng tôi cũng như những người thân của bạn an toàn và khỏe mạnh.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ĐÚNG** | **KHÔNG** |
| Có bệnh nhân, người chăm sóc hoặc bất cứ ai trong gia đình của bạn đã đi **ra ngoài Hoa Kỳ trong 2 tuần qua (14 ngày)****NẾU CÓ, Ở ĐÂU\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| Có bệnh nhân, người chăm sóc hoặc bất cứ ai trong gia đình của bạn đã đi **ra ngoài Texas trong 2 tuần qua (14 ngày)****NẾU CÓ, Ở ĐÂU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| Trong 2 tuần qua (14 ngày), bệnh nhân, người chăm sóc hoặc bất cứ ai trong gia đình bạn có liên hệ với bất kỳ người nào **nghi ngờ nhiễm coronavirus (COVID-19)**?Bao gồm cả việc ***thử nghiệm*** COVID-19 và ***tự cách ly*** với COVID-19 |  |  |
| Trong 2 tuần qua (14 ngày), bệnh nhân, người chăm sóc hoặc bất cứ ai trong gia đình bạn có liên hệ với bất kỳ người nào **được xác nhận đã nhiễm coronavirus (COVID-19)**? |  |  |
| Hiện tại bệnh nhân hoặc người chăm sóc có tiếp xúc với người **có triệu chứng giống cúm (ho, khó thở hoặc sốt) không?** |  |  |
| **VUI LÒNG KIỂM TRA CÓ HOẶC KHÔNG NẾU TRIỆU CHỨNG HIỆN TẠI ĐƯỢC TRẢI NGHIỆM BỞI NGƯỜI CHĂM SÓC, BỆNH NHÂN HOẶC CẢ HAI***TRONG 72 GIỜ BỆNH NHÂN HOẶC NGƯỜI CHĂM SÓC ĐÃ CÓ TRẢI NGHIỆM* |  |  |
| SỐT |  |  |
| ỚN LẠNH  |  |  |
| HO |  |  |
| NGHẸT MŨI HOẶC CHẢY NƯỚC MŨI |  |  |
| TIÊU CHẢY |  |  |
| MỆT MỎI |  |  |
| ĐAU ĐẦU |  |  |
| CƠ BẮP HOẶC CƠ THỂ NHỨC MỎI |  |  |
| MẤT VỊ GIÁC HOẶC MÙI  |  |  |
| BUỒN NÔN HOẶC NÔN MỬA |  |  |
| KHÓ THỞ  |  |  |
| ĐAU HỌNG |  |  |

**\*\* Vui lòng trả lại mẫu này cho quầy lễ tân khi hoàn thành \*\***

**Bằng cách ký tên dưới đây, bạn xác nhận rằng các câu trả lời ở trên là đúng. Việc không trả lời trung thực hoặc giữ lại thông tin có chủ ý sẽ dẫn đến việc sa thải ngay lập tức khỏi văn phòng của chúng tôi và có thể phải tuân theo luật áp dụng trong đại dịch này.**

**Bệnh Nhân/Người Chăm Sóc:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ngày:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nhiệt độ của người chăm sóc:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nhiệt độ của Bệnh Nhân:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**